

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Nº W19-532987

37641em

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 01166	Société : R.A.M.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SEFFAR Ned Rachid			
Date de naissance : 27-01-1953			
Adresse : 51 lot Nezha Casablanca			
Tél. : 06 61 63 23 79	Total des frais engagés : 25 AOUT 2020	Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : SEFFAR Ned Rachid Age: 67			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

Grande Pharmacie du 17

EXECUTION DES ORDONNANCES

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

Tél. : 01 45 77 88 46

Fax: 01 45 77 06 03

Fax: 01-45 77 00 03
www.danapharmmedicines.com

717 811-0000

13/11 8H - 20H30

Date Montant de la Facture

07/05/2020

Montant de la Facture

103 78

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

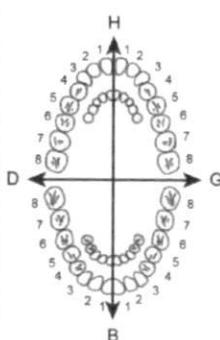
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

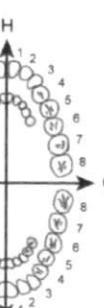
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

articles R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale
article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

VOLET 1
à conserver
par l'assuré(e)

personne recevant les soins et assuré(e) (voir notice au verso du volet 1)

personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

Seffar Moham med

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

adresse de l'assuré(e)

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Tayeb Chérif Tayeb

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

*Gustave Roussy
Département d'Oncologie Radiothérapie
Service Indre à Loire
114 rue Edouard Vaillant
94805 VILLEJUIF Cedex
Tél : 01 42 11 54 51 / 45 45
Fax : 01 42 11 53 33
E-mail : 94016013 Code 11*

à compléter par le prescripteur

médicament, indiquer son nom (marque ou générique) :

produit ou prestation, indiquer sa désignation précise :

s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, le dosage, la posologie, la voie d'administration

Zoplichen IVL 8mg 2x1 fl poft 05 jours

s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie

durée du traitement, le cas échéant

conditions de prise en charge

maladie soins en rapport avec une ALD : oui non soins dispensés au titre de l'ART. L. 212-1

accident du travail ou maladie professionnelle date

Je soussigné(e), Docteur *Tayeb Chérif*, atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescription et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé. S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

si prescription initiale par un établissement, date limite de la prochaine consultation dans l'établissement

date *05/02/20* signature du prescripteur *Dr Philippe MORISSEAU*

identification du pharmacien ou du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

75015 PARIS

Tél. : 01 45 77 88 46

Fax : 01 45 77 06 02

identifiant E-mail : grandepharmaciedu15@enp.fr

7J/7 - 8H - 20H30

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

à compléter par le pharmacien ou le fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation

mentions obligatoires à reporter sur l'ordonnance *10 Boîtes Zoplichen 8mg injectable 2mg/ml 4ml.*

date de délivrance *07/05/2020*

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal et article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire.

Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

articles R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale
article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

Notice

Votre médecin vous a prescrit un médicament, un produit ou une prestation dont le remboursement est subordonné à une formalité particulière.

Si vous êtes atteint(e) d'une affection de longue durée ouvrant droit à exonération du ticket modérateur, la prescription doit être prévue dans le protocole de soins établi par votre médecin traitant afin que vous puissiez bénéficier de cette exonération.

Pour le remboursement, les 1^{er} et 3^{ème} volets du présent document doivent être adressés à votre organisme d'assurance maladie dans les mêmes conditions que votre ordonnance habituelle.

Vous conservez le 2^{ème} volet.
Le pharmacien, le fournisseur ou l'établissement conserve le 4^{ème} volet.

GRANDE PHARMACIE DU 15^E
MORISSEAU Philippe

75 2 04069 1
119 RUE SAINT CHARLES
75015 PARIS

Tel: 0145778846

Facture n° : 246032
Malade : SEFFAR

55 rue des Entrepreneurs

68687 Mohammed

Ordonnance: 07/05/20
Livraison: 07/05/20

Vendeur: HC

Rte---P.unitt-Cip-----Designat.
---Base---Hon.---taux---Ords--

0 9,30 3400936162044 ZOPHENE 800 CPR 4

9,30 1,02 65%

10 8,95 3400933539344 ZOPHENE 200 HL AMP 10x10ml

8,95 1,02 65% 000368556

HONORAIRE MEDICAMENT SPECIALE

0,51 70%

HONORAIRE MEDICAMENT SPECIALE

3,57 70%

TOTAL GENERAL: 103,78 TOTAL ASSURE:

TOTAL R.O.:

TOTAL R.C.:

COPIE CONFIRME A L'ORIGINAL



N° 11389*05

joindre la prescription
sauf si renouvellement
Ordonnance

feuille de soins pharmacien ou fournisseur

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale

Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

2 4 6 0 3 2

date 0 7 0 5 2 0 2 0

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

nom et prénom **SEFFAR**
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

Vd : MC

ADRESSE de L'ASSURE(E)

55 rue des Entrepreneurs

75015

PARIS

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MORISSEAU Philippe

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

GRANDE PHARMACIE DU 15E
119 RUE SAINT CHARLES
75015 PARIS
75 2 04069 1

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

Tel: 0145778846

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom **GUSTAVE ROUSSY**

raison sociale

identifiant

1 0 0 0 1 4 6 3 1 6 4n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)**9 4 0 0 0 0 6 6 4**

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

0 7 0 5 2 0 2 0

date de l'accord préalable (le cas échéant)

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non

oui

date

AT/MP	numéro							ou	date								
Code tarification	Cip/Type	Code Labo	Top Decond.	Qte	Besoins	Rembt	Mt factu.	Libelle	Btes	Mode Presc.	Indic.	Date Deb loc	Date Fin loc				
PH7	34009 3353934 4			10	8,95	89,50	ZOPHREN 2MG/ML AMP IV										
HD7				10	1,02	10,20	Honoraire de dispensat										
HDR				1	0,51	0,51	HONORAIRE MEDICAMENT R										
HDE				1	3,57	3,57	HONORAIRE MEDICAMENT S										

primer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

1 0 3 , 7 8

Part ASS.: 103,78

MONTANT TOTAL
en euros

Dr Philippe MORISSEAU

75015 PARIS

Tél. : 01 45 77 88 46

Fax : 01 45 77 06 03

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseursignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

E-mail : grande_pharmacie_du_15@wanadoo.fr

7J/7 8H - 20H30

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale). Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.